Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Göttingen.
Direktor: Professor Stich.

Drei Fälle von Hernia obturatoria incarzerata.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe

der

hohen medizinischen Fakultät der Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von

Elisabeth Jungermann
Medizinalpraktikantin
aus Göttingen.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Göttingen.
Druck der Universitäts-Buchdruckerei von E. A. Huth.
1919.

Der medizinischen Fakultät der Universität Göttingen
vorgelegt am 1. März 1919.

Referent: Herr Prof. Dr. Stich.

Krönlein sagt: »Die Diagnose einer freien Hernia obturatoria scheint kaum möglich, die einer eingeklemmten zum mindesten unsicher. Tatsache ist es, daß die meisten Fälle erst auf dem Operations- oder Sektionstisch erkannt werden«.

Woran liegt es, daß die meisten Patienten unter der Diagnose des Ileus, gewöhnlich in subacuter oder chronischer Form, zur Aufnahme kommen? Zum großen Teil wohl daran, daß bei der Seltenheit dieser Hernienart — nach Graser sind im Handbuch der Chirurgie 1913 etwa 250 Fälle in der Literatur beobachtet — garnicht an die Diagnose gedacht wird. Und doch erscheint gerade die Frühdiagnose der Hernia obturatoria incarzerata von außerordentlicher Wichtigkeit. Meist sind es alte, decrepide Frauen, die betroffen werden. Wird bei ihnen nur die Diagnose Ileus gestellt, ohne daß man die Ursache findet, so wird in vielen Fällen des Alters, der Hinfälligkeit, der nicht stürmischen Erscheinungen wegen die Operation aufgeschoben, und die beste Zeit mit Einläufen, Abführmitteln und Zuwarten verloren. Eine Therapie, die heute bei Ileus nach eingeklemmten Leisten-, Schenkel- oder Nabelbrüchen ganz verlassen ist, und die folgerichtig auch bei Hernia obturatoria incarzerata völlig zu verwerfen ist. Gerade bei dieser Bruchart ist die Gefahr der Gangrän (Meyer fand unter 56 Fällen 14

Fälle = 25 % mit Darmgangrän) besonders groß wegen des engen Bruchkanals mit den scharfen Rändern. Und trotz bestehender Gangrän sind wieder in vielen Fällen die Ileuserscheinungen keine hochgradigen, da es sich oft um Darmwandbrüche handelt, und da auch die geschützte Lage die Erscheinungen erst spät manifest werden läßt. Eine Früh- oder auch nur Wahrscheinlichkeitsdiagnose erscheint von allergrößter Bedeutung, wenn sie nur dazu führt, die Patienten schnell zu der einzig möglichen Rettung durch die Operation zu bringen. So sagt auch Bernhard 1900, durch frühzeitige Diagnose, der die größte Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte, würde die Statistik der Hernia obturatoria incarzerata, welche bekanntermaßen einstweilen noch recht schlecht sei, in Zukunft gewiß besser gestaltet.

Bei der Seltenheit dieser Bruchform — Sudeck schreibt noch 1917 in der Operationslehre von Bier, Braun und Kümmel: »Die Hernia obturatoria gehört zu den seltenen Hernien, und die wenigsten Operateure werden sie je zu behandeln gehabt haben« — erscheint es nicht nutzlos, über 3 Fälle von Hernia obturatoria incarzerata zu berichten, die an der Universitätsklinik in Göttingen im Laufe der letzten 5/4 Jahre operiert wurden, wenn auch über die eine schon an anderer Stelle berichtet ist. Zunächst mögen die Krankengeschichten kurz im Auszug folgen:

Fall I.

(Von Koennecke veröffentlicht.)

Anamnese: 62jährige Frau, die vor 6 Jahren eine Magen-, vor 4 Jahren eine Gallenblasenoperation durch-

machte. Vor 3 Tagen erkrankte sie plötzlich mit Schmerzen im Leib und Erbrechen, mit Verhaltung von Stuhl und Winden. Die Schmerzen waren kolikartig und strahlten ins rechte Knie aus; das Erbrochene war zuletzt kotig.

Status: Decrepide alte Frau. Zunge belegt. Bronchitische Geräusche, Abdomen gespannt. Kantenstellung der Leber. Nicht eingeklemmte Bauchbrüche in beiden Laparotomienarben. Quer gestellte, geblähte Schlinge unterhalb des Nabels rechts. Metallische Darmgeräusche. Linksseitiger reponibler Schenkelbruch. Die übrigen Bruchpforten sind frei. Rectal findet sich kein pathol. Befund.

Diagnosa: Strangulationsileus.

Operation: Laparotomie. Schnitt zwischen Nabel und Symphyse. Beckenhochlagerung. Es fand sich eine rechtsseitige Hernia obturatoria incarzerata. Die Einklemmung war sehr fest, der Bruchring scharfrandig. Da sich der Darm nicht vorziehen ließ, wurde der Bruchring medial unten eingekerbt, worauf die Lösung leicht gelang. Die eingeklemmte Dünndarmschlinge war 5 cm lang, blaurot, sie erholte sich langsam. Beide Schnürringe, der zu- und auch der abführende, waren in ganzer Circumferenz gangränös und stark verdünnt, sodaß eine Übernährung nicht mehr möglich erschien. Auch die Höhe der Kuppe zeigte in etwa Markstück-Ausdehnung beginnende Gangrän. Es mußten deshalb etwa 15 cm Darm reseziert werden. Die Enden wurden blind verschlossen und eine isoperistaltische Seit-zu-Seit-Anastomose angelegt. Das Peritoneum wurde über der Bruchpforte vernäht, die Bauchdecken durch Etagennaht geschlossen.

Verlauf: Pat. war sehr elend, hatte einen sehr labilen Puls und mußte durch Herzreizmittel auf der Höhe erhalten werden. Auf hohe Darmspülungen hin gingen am 1. Tag nach der Operation Winde, am 2. Tag Stuhl ab. Der Leib war weich. Die Wunde heilte bis auf eine geringe Nahteiterung glatt. Eine starke Bronchitis zögerte die völlige Genesung hinaus. Nach 4 Wochen konnte die Patientin geheilt entlassen werden.

Fall II.

Anamnese: 78jährige Frau, die schon immer viel leidend war. Vor 8 Tagen erkrankte sie mit Schmerzen im Leib, die seitdem zunahmen und besonders heftig nach dem Essen auftraten, und mit Verhaltung von Stuhl und Winden. Sie hatte außerdem viel Aufstoßen und Kollern im Leib. Einläufe brachten keine Erleichterung.

Status: Sehr elende Frau in stark reduziertem Ernährungszustand, starke Arteriosklerose. Herz und Lunge ohne Besonderheiten. Die Bauchdecken sind sehr schlaff. Kantenstellung der Leber besteht nicht. Dünndarmschlingen zeichnen sich deutlich ab. In der Coecalgegend scheint eine dick geblähte Schlinge zu liegen, die als Coecum gedeutet wird. Die Peristaltik ist vermehrt. Die Bruchpforten sind frei. Die rectale Untersuchung ergibt nichts außer einigen Haemorrhoidalknoten.

Diagnose: Ileus bei hochsitzender Dickdarmstenose. Wegen der subacuten Ileuserscheinungen und der großen Hinfälligkeit der Patientin, wird dieselbe zunächst mit Einläufen, bei denen Winde abgehen, behandelt. Eine wesentliche Besserung tritt nicht ein. Deshalb wurde

am 3. Tag nach der Einlieferung die Operation ausgeführt, und zwar sollte, um den Eingriff möglichst rasch und leicht zu gestalten, zunächst nur von einem Wechselschnitt aus eine Coecalfistel angelegt werden. Nach Eröffnung der Bauchhöhle drängen sich zahlreiche geblähte Dünndarmschlingen vor. Nach Aufsuchen des Coecums erweist sich dasselbe als völlig kollabiert, ebenso wie auch das untere Ileum. Die kollabierten Ileumschlingen werden verfolgt, sie führen zum rechten Foramen obturatorium. Dort ist eine Dünndarmschlinge so fest eingeklemmt, daß sie sich durch Zug nicht lösen läßt. Der Schnürring wird wieder nach unten innen eingekerbt, und die Schlinge, die eine Pf.-gr. Perforation trägt — nach völliger Abstopfung der Bauchhöhle — vorgezogen. Die gangränöse Darmschlinge wird abgeklemmt und durchtrennt. Es erweist sich als Unmöglichkeit, den oralen Stumpf zu versorgen. Die Wand ist derartig brüchig, daß aus jedem Stichkanal gleich Kot kommt. Und wo Darmquetschen angelegt werden, perforiert die Wand. Selbst nach Entfernung von 50 cm des zuführenden Schenkels ist eine typische Resektion noch unmöglich. Das periphere Darmende muß deshalb stumpf verschlossen und versenkt werden, das orale wird quer abgeschnitten und in der Wunde fixiert, nachdem rings herum tamponiert worden ist. Drain. Etagennaht der Bauchdecken.

Verlauf: Nach der Operation erholt sich die Patientin auffallend gut. Stuhl und Winde gehen ab. Eine leichte Fasciennekrose tritt ein. Der dauernde Stuhlgang und das Ekzem durch den Stuhl um die Fistel herum bilden aber eine derartige Belästigung der Patientin,

daß schon am 10. Tag nach der 1. zur 2. Operation geschritten wird.

Erneute Laparotomie: Dabei zeigt sich, daß nach der Fistel zu so zahlreiche Verwachsungen bestehen, daß die richtige Schlinge erst nach Einführen eines Fingers von der Fistel her erkannt wird. Sie wird 3 Querfinger vom Fistelausgang entfernt durchtrennt, beide Enden werden stumpf verschlossen, und dann das orale Ende isoperistaltisch mit dem Quercolon durch eine Seit-zu-Seit-Anastomose vereinigt. Verschluß des Peritoneums über der Bruchpforte. Bauchdeckennaht.

Das Allgemeinbefinden ist zunächst gut, der Puls kräftig. Auf Einläufe erfolgt Stuhlgang. Am 4. Tag nach der Operation kollabiert Pat. plötzlich und kommt unter erhöhter Temperatur zum Exitus. Eine Sektion wurde verweigert.

Fall III.

Anamnese: 72jährige Frau, die angibt, stets gesund gewesen zu sein. Am 23. 12. sei sie plötzlich mit heftigen Schmerzen im ganzen Unterleib besonders aber links erkrankt. Seitdem beständen die Schmerzen fort, und steigerten sich oft kolikartig, zögen auch an der Innenseite des Oberschenkels bis zum Knie. Stuhl und Winde seien nur noch in ganz geringer Menge auf Einläufe hin abgegangen. Sie habe viel erbrochen und kommt am 28. 12. abends zur Klinik.

Status: Magere Patientin mit welker schlaffer Haut. Zunge trocken, belegt. Herz und Lunge: o. B. Das Abdomen ist voll, aber nicht übermäßig stark aufgetrieben, in den oberen Partien sogar eingesunken. Kan-

tenstellung der Leber besteht nicht; zeitweise ist vermehrte Peristaltik hörbar, zeitweise nicht. Schenkel- oder Leistenbrüche fehlen. Quer unterhalb des Nabels besonders links sieht man eine deutliche Darmsteifung. Unter dem linken Musculus pectineus fühlt man eine unscharfe, auf Druck schmerzhafte Resistenz. Die Gegend erscheint gegen rechts etwas vorgewölbt. Das Romberg'sche Phänomen (ausstrahlende Schmerzen an der Innenseite des Oberschenkels bis zum Knie) ist positiv. Zwangshaltung des Beines besteht nicht. Rectal fühlt man keine Vorwölbung, keinen Tumor, es besteht kein Druckschmerz.

Diagnose: Hernia obturatoria incarzerata.

Operation: Hohe Einläufe haben keinen Erfolg, nur tritt das Erbrechen nicht mehr auf und erholt Patientin sich etwas von dem Transport. — Laparotomie. Schnitt zwischen Nabel und Symphyse. Eine stark geblähte Dünndarmschlinge führt zum linken Foramen obturatorium. In Beckenhochlagerung, nach Abstopfen der Bauchhöhle, wird versucht, die Schlinge zu lockern. Der scharfen Einklemmung wegen gelingt dies erst nach Einkerbung des Schnürringes unten innen und nach stumpfer Dehnung mit dem Finger. Die betreffende Schlinge ist etwa 5 cm lang, blaurot verfärbt. Der abführende Schnürring zeigt beginnende Gangrän, fühlt sich aber noch nicht weich an. Er wird daher nur übernäht. Das Peritoneum wird über der Bruchpforte mit Catgut-Knopf-Nähten, die Bauchdecken durch Etagennaht verschlossen.

Verlauf: Glatte aseptische Wundheilung mit von Anfang an normalen Temperaturen. Seit dem 3. Tag nach der Operation erfolgt täglich spontan Stuhlgang. Der Leib ist weich, Pat. ist beschwerdefrei. Am 12. Tag

wird sie, noch etwas schwach aber mit im übrigen gutem Befinden geheilt entlassen. Ihres Alters und der deshalb gefürchteten hypostatischen Pneumonie wegen stand Pat. schon vom 2. Tag an etwas auf.

Auch in diesen 3 Fällen wurde die Diagnose nur einmal vor der Operation gestellt. Im 1. Fall bedeutete die ungenaue Diagnose keine Schädigung für die Patientin, da auch bei dem angenommenen Strangulationsileus die Indikation zum sofortigen Eingriff gegeben war. Anders bei dem 2. Fall. Dieser zeigt, wie verhängnisvoll es für die Patientin werden kann, wenn nicht an die Hernia obturatoria incarzerata gedacht wird. Die Patientin wurde, da die Ileuserscheinungen nicht bedrohlich waren, ihrer Hinfälligkeit wegen zunächst conservativ behandelt und erst am 4. Tag — als keine Besserung zu verzeichnen war — laparotomiert. Das bedeutete eine weitere Schwächung der Patientin und ein Fortschreiten der Gangrän. 4 Tage vorher wäre eine Resektion vielleicht noch technisch möglich gewesen und hätte dann Patientin mit dem Leben davonkommen können, denn der 1. Eingriff wurde wider Erwarten gut überstanden und dauerte durch die vergeblichen Versuche ebensolange wie eine glatt durchführbare Resektion. Nur im 3. Fall wurde die Diagnose richtig vor der Operation gestellt. Eine prozentuale Verwertung ist bei einer so kleinen Anzahl von Fällen natürlich nicht möglich. Nach den letzten Veröffentlichungen wurden nach Eunike (1918) von sechs Fällen 2, nach Meyer (1914) von sechs Fällen 3 diagnostiziert. Ja, einmal ist 1913 von Zwalenburg sogar ein Fall veröffentlicht, wo eine doppelseitige, nicht eingeklemmte Hernia obturatoria vor der Operation diag-

nostiziert und mit Erfolg operiert wurde, auf Grund des Howship-Romberg'schen Phänomens. Die Laparotomie mit Inversion und Fixierung der Bruchsäcke brachte die kolikartigen, ins Bein ausstrahlenden Schmerzen zum Schwinden.

Die Diagnose der Hernia obturatoria incarzerata ist nicht schwer, wenn alle klassischen Symptome vorhanden sind. Das sind: Ileuserscheinungen; eine Geschwulst oder Vorwölbung der Gegend des M. pectineus medial von den Austrittsstellen der Hernia crur.; Zwangshaltung des Beines in Adduktion und Außenrotation; Zunahme der Schmerzen bei Abduktion und Innenrotation; dem Versorgungsgebiet des N. obturatorius entsprechende, an der Innenseite des Oberschenkels nach dem Knie hinziehende Schmerzen (das sogenannte Howship-Romberg'sche Symptom); Schmerzhaftigkeit der Gegend des Foramen obturatorium und eine Vorwölbung und Schmerzhaftigkeit bei der rectalen oder vaginalen Untersuchung. Das eine oder andere Symptom wird sich wohl stets finden und wenigstens die Möglichkeitsdiagnose stellen und somit den sofortigen Eingriff als nötig erscheinen lassen. Am eindeutigsten sind die Vorwölbung unter dem M. pectineus und das Romberg'sche Symptom, wenn auch letzteres schon mehrfach zu Fehldiagnosen geführt hat. So hatte nach Krönlein in einem Fall ein intraperitoneales Exsudat auf den N. obturatorius gedrückt, ein andermal nach Landerer eine Osteomyelitis ein typisches Bild einer Hernia obturatoria incarzerata vorgetäuscht.

Als Inhalt des Bruchsackes findet sich in der überwiegenden Anzahl der Fälle eine Dünndarmschlinge. Oft handelt es sich, was bei der Enge des Canalis obturato-

rius nicht Wunder nimmt, um einen Darmwandbruch. In Ausnahmefällen findet sich abnormer Inhalt, so in einem Fall von Wagner eine blauschwarze Dünndarmschlinge und blauschwarze Tube mit Ovarium. Ein solcher Befund setzt aber eine abnorme Weite des Foramen obturatorium voraus.

Der als Bruchpforte für die Hernia obturatoria in Betracht kommende Canalis obturatorius ist nur ein kleiner Bruchteil des vom Scham- und Sitzbein gebildeten Foramen obturatorium, das größtenteils durch eine Membran mit darüberliegenden Muskeln: M. obturator int. und ext. verschlossen wird. Der Kanal ist 2—3 cm ang und leitet die Arteria und Vena obturatoria und den N. obturatorius vom kleinen Becken zum Oberschenkel. Die Länge und Engigkeit des Kanals erklärt eicht, daß die Brüche erst spät durch Vorwölbung am Oberschenkel sichtbar werden, und daß die meisten latent, von außen garnicht bemerkbar bleiben. Die Enge des Kanals und die verdeckte Lage machen auch die Kleinheit des Bruchs, der selten über Taubenei-Größe erreicht, verständlich.

Als Operation der Wahl wurde noch 1893 von Rose die Herniotomie angegeben, wohl bedingt durch die 3 Todesfälle, die nach den bisher ausgeführten Laparotomien (Hilton 1847, Coulson 1861, Godlee 1885) eingetreten waren, und durch die Angst, die man damals noch vor Eröffnung der Bauchhöhle hatte. Noch 1901 gibt v. Meer an: nur 7 Fälle von Hernia obturatoria wurden bisher durch Laparotomie angegriffen und nur 2 davon geheilt. Nur wenige Jahre darauf konnte Schwarzschild schon unter 21 Laparotomien 9 Heilungen feststellen. Seit 1914 sind unter 12 Laparotomien

sogar 7 Heilungen zu verzeichnen. Aber auch die Erfolge der Herniotomie waren keine glänzenden, gibt doch Rose an, daß von 118 Einklemmungsfällen 12 durch Taxis und nur 10 glatt durch die Operation, 3 mit Kotfisteln geheilt wurden. Die durch Taxis geheilten Fälle sind mit Vorsicht zu verwerten. Wer eine Hernia obturatoria incarzerata mit dem scharf eingeklemmten Darm gesehen hat, wer sich die anatomische Lage der Bruchpforte und ihre schwere Erreichbarkeit vergegenwärtigt, wird den Versuch einer Taxis von vorn herein ablehnen und dem Bericht über eine gelungene Taxis sehr skeptisch entgegentreten. Bei einem eingeklemmten Schenkelbruch soll man den Versuch der Reposition nur machen, wenn man im Fall des Mißlingens gleich die Operation anschließen kann, bei einem eingeklemmten Hüftlochbruch aber sollte man den Versuch überhaupt nicht machen, da, wie schon erwähnt, hierbei die Gangrän ganz besonders frühzeitig auftritt und ein Erfolg ausgeschlossen erscheint. Auf jeden Fall steht die Möglichkeit des Gelingens in gar keinem Verhältnis zu den Gefahren des Versuches. Aber auch die alleinige Herniotomie bietet große Nachteile: die gangränöse Schlinge kann, ehe sie genau besichtigt ist, in die Bauchhöhle zurückschlüpfen und eine Perforationsperitonitis bedingen oder sekundär eine Laparotomie nötig machen. So war es in einem Fall, den Hohmeier veröffentlicht; er äußert deshalb: »Man sollte diese Methode (der Herniotomie) nicht empfehlen, sondern nachdrücklichst vor ihr warnen.« Durch den langen engen Obturatorenkanal hindurch ist eine Lösung der Schlinge von außen her oft unmöglich. Vor allem aber ist die Resektion und alles Arbeiten am Darm wie Übernähung, Enteroanastomose, Resektion sehr erschwert, vor

allem auch die Blutungsgefahr stark vergrößert durch das Arbeiten in der Tiefe. Nur einmal wurde nach der mir zugängigen Literatur eine Resektion von einer Herniotomie aus ausgeführt und zwar von Bernhard mittels eines Murphy-Knopfes mit Exitus am 5. Tag. Sobald daher die Laparotomie kein ungewohnter Eingriff mehr war, mehrten sich die Stimmen, die sie auch bei der Hernia obturatoria incarzerata angewandt wissen wollten. Schon 1900 wurde sie auf dem Chirurgenkongreß zur Methode der Wahl erhoben und jetzt sprechen sich fast alle Chirurgen dafür aus. Der Bauchschnitt gibt eine sehr gute Übersichtlichkeit, er erleichtert jedes Operieren am Darm und beschleunigt durch die leichtere Ausführbarkeit die Operationsdauer. Das aber erscheint von allergrößter Wichtigkeit, um die Prognose der Hernia obturatoria zu bessern. Nach Hohmeier wird mit Nutzen der Laparotomie eine Herniotomie hinzugefügt, wenn der Darm sich nicht leicht lösen läßt. Er meint, es ließe sich dann ohne Erweiterung der Bruchpforte der Darm durch Druck von außen und Zug von innen leicht lösen. Er selbst hat diese Methode einmal mit Erfolg ausgeführt. Eine Verlängerung der Operationswunde und auch der Operationsdauer ist mit dieser Methode naturgemäß verbunden und kann doch leicht umgangen werden durch Einkerben und stumpfe Erweiterung der Bruchpforte. Jedes Schneiden am Bruchring wird allerdings von vielen Autoren wegen der Gefahr der Gefäßverletzung sehr gefürchtet, deshalb wird immer wieder dringend vor dieser Methode gewarnt. So schreibt noch Eunike 1918: »Scharfe Spaltung des Schnürringes dürfte stets gefährlich sein«. Die Gefahr der Blutung ist allerdings eine große, und Vorsicht ist geboten, um vor allem nicht die Art.

obturatoria zu verletzen. Verläuft sie in typischer Weise, so liegt sie lateral oben und oft ist bei der Operation ihre Lage durch die mit dem Finger fühlbare Pulsation festzustellen. Am geringsten ist die Gefahr der Gefäßverletzung auch bei abnormem Verlauf medial unten. Durch Einkerben nach dieser Richtung hin wurde in den drei in der hiesigen Klinik operierten und eingangs beschriebenen Fällen der Bruchring ohne jede Blutung erweitert, und im Notfall dann noch mit dem Finger stumpf gedehnt. Diese Erweiterung genügte in jedem Fall, den selbst gangränösen Darm ohne Perforation zu lösen. Wie groß die Gefahr der Blutung, ja der Verblutung ist, zeigt der v. Bergmann'sche Fall, der einen Teil des Schambeins resezieren mußte, um der Blutung Herr zu werden. Rost konnte eine schwere Blutung in einem andern Fall durch ausgedehnte Tamponade stillen.

Ebenso gefürchtet wie die Blutung durch Erweiterung des Bruchringes ist die Resektion des Darmes. Tatsache ist, daß nur wenige Fälle in der Literatur von Darmresektion mit günstigem Ausgang zu finden sind. Wilms äußerte noch 1914: »Jeder Patient mit eingeklemmter Hernia obturatoria, bei dem eine Darmresektion nötig wird, stirbt«. Er wollte deshalb die Resektion vermieden wissen und sie durch eine Enteroanastomose ersetzen. Das bedingt aber die Gefahr der Perforationsperitonitis oder der Phlegmonen und Abscesse, da ja der gangränöse Darm nur ausgeschaltet, nicht aber entfernt wird. Daß die Gefahr nicht aus der Luft gegriffen ist, beweist ein von Meyer veröffentlichter Fall, bei dem die Sektion Peritonitis von der perforierten Schlinge aus ergab. Ein Fall von Wagner heilte allerdings nach Enteroanastomose, obgleich Dünndarm und Tube und

Ovarium eingeklemmt waren. Hier bestand aber auch keine Perforationsgefahr, da die Anastomose nicht wegen beginnender Gangrän sondern wegen einer bestehenden derben Stenose ausgeführt wurde. Auch die von Hohmeier angeratene Netzplastik auf den verdächtigen Darmabschnitt hat sich keine Anhänger erworben, da auch durch sie nur ungenügender Abschluß erreicht wird. An und für sich ist nicht recht einzusehen, weshalb die Resektion die Prognose bei einer Hernia obturatoria incarzerata ungünstiger gestalten soll als bei irgend einem anderen Bruch, schnelles und geschicktes Operieren vorausgesetzt. Und ganz aussichtslos ist die Resektion nicht. Nach Eunike kam eine 66jähr. Pat. durch mit Resektion von 55 cm Darm, nach Kindl eine mit Resektion der gangränösen Darmschlinge und des Schambeinastes. Ein 3. Fall mit Resektion heilte nach Marcinkowski, ein 4. nach Poelchen, ein 5. nach Koennecke. (Dieser 5. Fall ist zugleich der 1. der hier beschriebenen 3 Fälle.) Alle anderen Darmresektionen in der Literatur kamen zum Exitus. Die Prognose der Resektion ist so ungünstig, weil es sich meist um alte, decrepide Frauen handelt, die durch längeres Kranksein schon aufs äußerste geschädigt sind und jeden Eingriff, vor allem aber den länger dauernden, nur schwer überstehen. Und wenn der Darm noch irgendwie zu übernähen ist, sich noch lebensfähig zeigt, sollte man die Resektion vermeiden, aber auch nur dann. Im Falle der Gangrän ist die Resektion der schnellste und sicherste Weg. Auch der Vorschlag der Vorlagerung der betreffenden Schlinge scheint mir nicht empfehlenswert, erfordert er doch binnen kurzem eine 2. Operation. In unserm 2. Fall mußte die Resektion allerdings auch einer 2. Laparotomie vor-

behalten bleiben, da sie technisch bei der enormen Brüchigkeit der Wand einfach unmöglich war. Die Nachteile zeigten sich auch hier. Kurze Zeit nach der 1. Operation wurde eine 2. nötig, die durch die bestehenden Verwachsungen und veränderten Verhältnisse technisch schwieriger war als eine einfache Resektion. Ein Klarlegen der Verhältnisse, das Hervorsuchen der richtigen Schlinge war äußerst mühsam und zeitraubend. Und während Pat. die erste lang dauernde Operation gut überstanden hatte, war sie einem 2. Eingriff in so kurzer Zeit nicht gewachsen. Es ist deshalb auf Grund dieser Erfahrungen zur sofortigen Resektion zu raten, vorausgesetzt, daß sie technisch möglich ist. In der neueren Literatur sind 8 Fälle mit Darmresektion zu finden, davon sind die 4 oben erwähnten geheilt, 4 andere (Eunike, Bernhard, Poelchen, Meyer) gestorben. Auch diese Zahl scheint mir nicht gegen eine Resektion zu sprechen, zumal da die Prognose bei jeder Hernia obturatoria incarzerata noch äußerst ungünstig ist, auch bei denen mit glatter Reposition. Nach Graser — der noch 1909 auf einem Chirurgenkongreß äußerte: »Die Therapie der eingeklemmten Hernia obturatoria ist bis jetzt kein Ruhmeskapitel der modernen Chirurgie« — sind von 118 Fällen 93 gestorben = 78,81 %, nach Meyer von 56 Fällen 32 = 57,1 %. Seit der Meyer'schen Arbeit sind 1 Fall von Mac Mahon mit Heilung, 3 Fälle und 1 Recidiv von Hohmeier mit 2 Todesfällen, 6 Fälle von Eunike mit 4 Todesfällen veröffentlicht. Dazu kommen unsere 3 Kranken, von denen eine starb. Das sind nochmal 14 Fälle, unter denen 6 starben = 42,8 %. Danach scheint sich die Prognose der Hernia obturatoria incarzerata im Laufe der Zeit tat-

sächlich günstiger gestaltet zu haben, wenn sie auch immer noch weit schlechter ist als bei eingeklemmten Schenkel- und Leistenbrüchen, wo die Mortalität nach den verschiedenen Autoren 17—24 % beträgt. Die günstigeren Ergebnisse bei diesen Brüchen hängen wohl größtenteils mit der frühzeitigen Operation zusammen. Nach Hengeler ergibt die am 1. Tag der Einklemmung ausgeführte Herniotomie 8,09 % Mortalität, die am 2. Tag ausgeführte 22,2 %, am 3. Tag 45,51 %, am 4. Tag 60,02 %. Da nun aber die Hernia obturatoria incarzerata meist erst am 3., 4. Tag oder später zur Operation kommt, ist die Prognose keine wesentlich ungünstigere; und eine Besserung der Prognose ist sicher zu verzeichnen und um so mehr in die Augen fallend, weil unter den zuletzt veröffentlichten Fällen 4 mit Darmresektion sind.

Ebenso wie die Resektion ist wegen der damit notwendig verbundenen Operationsverlängerung die Art des Bruchpfortenverschlusses viel diskutiert worden. Schwarzschild hat nach Bardenheuer's Vorschlag einen Periost-Knochenlappen vom inneren Schambein gebildet und die Bruchpforte auf die Art mit Erfolg verschlossen. Sträter fordert das Durchziehen eines Muskellappens aus dem Pectineus durch den Canalis obturatorius, ein Vorschlag, der der Literatur nach nur einmal und zwar mit Erfolg von Kindl ausgeführt ist. Hohmeier hat einmal den Bruchsackrest nach innen durchgezogen und an der Bruchpforte vernäht. Ähnlich ist auch Bernhard vorgegangen. Meistens ist die Bruchpforte — wie auch in unseren 3 Fällen — nur durch Peritoneal-Knopfnähte verschlossen worden, da diese Art des Verschlusses die Operation wesentlich beschleunigt.

Auch scheint nach der Literatur die Recidivgefahr nicht so groß, wie sie von vielen geschildert wird. Meyer z. B. gibt sie auf 25 % an. Ein Fall, der von v. Meer und Schwarzschild beschrieben wurde, derselbe, der schließlich osteoplastisch gedeckt wurde, hat allerdings 2 mal recidiviert. Die ersten beiden Male war aber auch die Bruchpforte, weil die Patientin sehr elend war, garnicht versorgt worden. Ein 2. Fall von Sprengel erkrankte unter Recidiverscheinungen und starb ohne Operation oder nachfolgende Sektion. Sind die Patienten kräftig und halten sie die Operation gut aus, so könnte man eine Radikaloperation in einer der angegebenen Weisen ausführen, sind es aber wie in den meisten Fällen alte elende Frauen, so sollte man nur das Peritoneum über der Bruchpforte verschließen, um möglichst schnell zu arbeiten; wählt man doch auch bei eingeklemmten Schenkel- und Leistenhernien bei solchen Patienten schnelleren Verschluß der Bruchpforten als die gewöhnlichen exakten Methoden. Das weibliche Geschlecht überwiegt bei weitem. Nach Berger kommen auf 118 Fälle nur 18 Männer = 15,25 %, nach Thiele auf 26 Fälle 2 Männer = 7,76 %, nach Meyer auf 56 Fälle 4 Männer = 8 %, auf die neuen 14 Fälle 2 Männer = 14,3 %. Nie findet sich die Hernia obturatoria angeboren, nie bei Kindern, nie unter dem 20. Lebensjahr, sehr selten unter dem 40. Unter den Frauen zeigt sich wieder ein Überwiegen der Vielgebärenden, die ja überhaupt ganz besonders zu Brüchen jeder Art neigen. Die genaue Ursache dieses Überwiegens des weiblichen Geschlechts ist nicht sicher festgestellt. Die einen schieben sie auf den größeren Beckendurchmesser und die stärkere im Alter noch zunehmende Vorwärts-

neigung des weiblichen Beckens, die andern suchen die Ursache in dem beim Weibe größeren Obturatorenkanal. Gelpke nennt die Hernia obturatoria eine ausgesprochene Erschlaffungshernie, die durch Gewebsveränderungen in der Zeit der Schwangerschaft: durch Histomalacie begünstigt wird. Fest steht, daß sich Herniae obturatoriae besonders häufig bei Frauen finden, die auch andere Brüche tragen. Ja, es sind einzelne Fälle beschrieben, wo der Ileus auf einen andersartigen Bruch zurückgeführt und dieser operiert wurde. Die Folge war dann natürlich der Exitus, da ja das Hauptübel bestehen blieb. Sprengel demonstrierte einmal (1900) ein Becken mit rechts- und linksseitiger Hernia obturatoria, rechts- und linksseitiger Inguinal- und rechtsseitiger Cruralhernie. Zinner berichtet über eine Obduktion, die beiderseits Schenkelbrüche, rechts Labialhernie, rechts Hüftlochbruch mit Darmwandeinklemmung ergab. An letzterer erfolgte der Exitus. Verschiedentlich wurden Cruralhernien operiert, wie z. B. 1889 von Nußbaum, und der Exitus erfolgte an unbemerkt gebliebener eingeklemmter Hernia obturatoria incarzerata. Meist ergab dies Versehen erst die Obduktion, einmal allerdings auch die nach einigen Tagen angeschlossene Laparotomie, weil das fehlende Zurückgehen der Erscheinungen zu diesem erneuten Eingriff trieb.

Bei möglichst frühzeitiger Diagnose und schneller Operation wird die Hernia obturatoria jedenfalls noch wesentlich an Gefahren verlieren, die Prognose sich bessern im Sinne von Krönlein, der einmal äußerte: »Die Erfolge der Hernia obturatoria incarzerata wachsen in den letzten 140 Jahren in gesteigerter Progression, je näher wir der Gegenwart kommen«.

Zusammenfassend muß nach dem Gesagten gefordert werden:

1. Sofortige schnelle Operation, wenn auch nur der Verdacht auf Hernia obtur. incarz. besteht.
2. Darmresektion, wenn der Zustand des Darmes dies fordert und wenn die technische Möglichkeit der Darmnaht besteht.
3. Einfachen Bruchpfortenverschluß durch Peritonealnaht, wenn es sich um alte elende Patienten handelt.
4. Einkerben innen unten und stumpfe Erweiterung des Bruchringes, wenn sich der Darm nicht leicht durch Zug lösen läßt.

Literatur.

1) Bernhard: Ein Fall von Hernia obturat. Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 55.
2) Bier, Braun, Kümmel: Operationslehre 1917.
3) Eunike: Seltene Hernien. Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 147.
4) Gelpke: Hernia obturat. incarz. Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 102.
5) Graser: Lehre von den Hernien. Handbuch d. prakt. Chir. 1902, Bd. 3.
6) Hallström: Referat. Centr.-Bl. f. Chir. 1904.
7) Hilgenreiner: Bruns Beitr. Bd. 69.
8) Hohmeier: Zur Operation der Hern. obtur. Centr.-Bl. f. Chir. 1917, Bd. 43.
9) Kindl: Referat. Centr.-Bl. f. Chir. 1912, Nr. 31.
10) Koennecke: Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 145.
11) Körte: Verhandl. der Gesellsch. f. Chir. 1900.
12) Mac Mahon: Referat. Centr.-Bl. f. Chir. 1916, Bd. 43.
13) Marcinowski: Referat. Centr.-Bl. f. Chir. 1907.
14) von Meer: Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 60.
15) Meyer: Über Hernia obturat. Archiv f. klin. Chir., Bd. 103.
16) Poelchen: Verhandl. der Gesellsch. f. Chir. 1900.
17) Rose: Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1893, Bd. 35.
18) Schmidt: Unterleibsbrüche. Deutsche Chir. 1896.
19) Schwarzschild: Deutsche Zeitschr. f. Chir., Nr. 74.

20) Sprengel: Verhandl. der Gesellsch. f. Chir. 1900.
21) Straeter: Radikaloperation der Hernia obturatoria. Centr.-Bl. f. Chir. 1905, Nr. 42.
22) Tschmarke: Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 95.
23) Wagner: Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 131.
24) Zinner: Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 103.
25) Zwalenburg: Referat. Centr.-Bl. f. Chir. 1913.

Lebenslauf.

Unterzeichnete wurde als Tochter des Lehrers Karl Jungermann in Reinswalde, Kreis Sorau, geboren. Nachdem sie die Dorfschule in Reinswalde und die höhere Mädchenschule in Sorau besucht hatte, war sie von 1904—1908 in Droyßig, wo sie ihr Examen als Lehrerin für höhere Schulen bestand. Neben der Lehrerinnentätigkeit am Lyzeum in Vegesack bei Bremen bereitete sie sich aufs Abitur vor, das sie Februar 1913 in Einbeck am Realgymnasium ablegte. Von Okt. 1913 an studierte sie Medizin und zwar 2 Semester in Leipzig, 4 in Heidelberg, 1 in München, 3 in Göttingen. An letzter Universität legte sie von Ende Oktober bis Anfang Dezember 1918 ihr Staatsexamen ab. Während des Studiums war sie 1 Jahr bei Prof. Braus Assistentin: ein Semester im histologischen Kurs, ein Semester im Präpariersaal. Von Anfang Februar 1918 an ist sie an der Chirurgischen Klinik in Göttingen erst als Famula, dann als Hilfsassistentin, jetzt als Medizinalpraktikantin beschäftigt.

Elisabeth Jungermann.